

**Карта  
индивидуального профилактического сопровождения  
обучающегося, семьи**

1. ФИО ребенка \_\_\_\_\_

2. Дата рождения \_\_\_\_\_

3. Класс \_\_\_\_\_

4. Классный руководитель \_\_\_\_\_

5. Сведения о семье:

Место регистрации (по прописке) \_\_\_\_\_

Место фактического проживания (адрес) \_\_\_\_\_

Категория семьи (многодетная семья, одинокая мать / отец, потерявшая кормильца, малообеспеченная семья, семья несовершеннолетних родителей, семья беженцев, переселенцев и т.д.)

Мать:

фамилия \_\_\_\_\_ имя \_\_\_\_\_ отчество \_\_\_\_\_

дата рождения \_\_\_\_\_

место работы, должность \_\_\_\_\_

Отец:

фамилия \_\_\_\_\_ имя \_\_\_\_\_ отчество \_\_\_\_\_

дата рождения \_\_\_\_\_

Место работы, должность \_\_\_\_\_

Опекун (попечитель):

фамилия \_\_\_\_\_ имя \_\_\_\_\_ отчество \_\_\_\_\_

дата рождения \_\_\_\_\_

место работы, должность \_\_\_\_\_

В семье также проживают \_\_\_\_\_

(братья, сестры, бабушка, дедушка и т.д.)

6. Основания и дата постановки на внутришкольный учет (из п. 2.3. Положения, *(указывается конкретно, развернуто)*)

7. Координатор реализации программы сопровождения \_\_\_\_\_

8. Срок реализации программы сопровождения \_\_\_\_\_

9. Срок и периодичность контроля за ходом программы сопровождения \_\_\_\_\_

10. Содержание программы сопровождения:

Сферы помощи	Административно-правовая	Социальная	Педагогическая	Психологическая	Медицинская
ответственные					
Направления помощи (цели и задачи), основные потребности ребенка/семьи					
Проблемы ребенка/семьи, требующие решения в процессе сопровождения					

<b>Формы помощи и планируемые мероприятия (с указанием сроков)</b>	<b>Фактический результат (справки по результатам работы специалистов других органов системы профилактики прилагаются)</b>

9. Участие родителей в программе сопровождения \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

С программой помощи ребенку/семье ознакомлен, согласен принимать участие в ее реализации \_\_\_\_\_ « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
(подпись родителя(законного представителя))

10. Рекомендации по завершению/продолжению программы сопровождения с учетом достигнутых результатов:

- завершить работу \_\_\_\_\_

- продолжить работу по отдельным направлениям \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

- продолжить работу по всем выделенным в предыдущий период направлениям, разработать содержание помощи с учетом достигнутых результатов

---

---

11. Снят с внутришкольного учета

---

---

---

---

---

---

---

(основание, по представлению, дата решения Совета профилактики)



**Представление  
 на снятие с внутришкольного учета  
 обучающегося (семьи)**

ФИО обучающегося \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_

Класс \_\_\_\_\_

Основания снятия с внутришкольного учета обучающегося (семьи) *(нужное подчеркнуть)\**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

С учетом мнения \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(КДНиЗП, ПДН ОВД, отдела образования, органов социальной защиты, здравоохранения, др.)

считаем необходимым Ф.И.О. \_\_\_\_\_ обучающегося \_\_\_\_\_ класса с  
 внутришкольного учета снять.

Директор общеобразовательной организации

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(решение Света профилактики о снятии с внутришкольного учета)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г.

Председатель совета профилактики \_\_\_\_\_

«Ознакомлен» \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. родителя (законного представителя), подпись, дата)

*\*Из п. 2.5. Положения (указывается конкретно, развернуто, с указанием достигнутого положительного результата в случае снятия с учета при полной реализации намеченного плана индивидуальной профилактической работы и устранении причин и условий, явившихся основанием постановки на внутришкольный учет)*